**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ , C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CON DOCUMENTO D’IDENTITA’ TIPO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CON SCADENZA IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:**

1. Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
2. Di non essere rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno Stato Estero o da una zona ad alto rischio contagio;
3. Di aver provveduto a rilevare autonomamente la propria temperatura corporea;
4. Di non essere affetto attualmente da patologie febbrili con temperatura superiore a 37,5°;
5. Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
6. Di non essere a conoscenza di aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48h precedenti la comparsa di eventuali sintomi;
7. Di non essere a conoscenza di aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 negli utlimi 14 gg.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto qui di seguito riporto l’indirizzo di domicilio / recapito telefonico / e-mail

CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gaiarine, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede

Firma leggibile del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_